

Széman Zsuzsa

Szükségletek, innováció és normák az egri idősgondozásban

A lakosok öregedéséből fakadó gondok

Eger Heves megye székhelye, közepes nagyságú város. Lakossága 1996-ban valamivel több mint 60 ezer fő volt. A nyugdíjasok aránya a kilencvenes évek közepére megközelítette a 20 százalékot, és ezzel jóval elmozdult a magyar városokra a nyolcvanas évek közepén jellemző demográfiai mutatótól (14,2 százalék; Vukovics 1988: 38). Az idősek között – az országos és nemzetközi adatokkal egyezően – magas volt a nők aránya, különösen a 80 éven felüli korcsoportnál (több mint 70 százalék). Így a város lassú, de állandó öregedése miatt a nyugdíjasok megfelelő szociális és egészségügyi ellátása – a cigány lakossággal és a fiatal házasokkal kapcsolatos teendők mellett – hosszabb ideje a város megoldandó gondjai közé tartozott. Az időskorúak mintegy fele egyedülálló, akik fokozottan igénylik a különféle szolgáltatásokat (Jenei és Palotai 1996: 53).

A leginkább előregedett városrész a belváros. Úgyszintén igen előregedettnek tekinthetők az egyes családi házas körzetek. A város szélein található lakótelepekre fiatalok költöztek be. Ennek ellenére Eger egész területét behálózzák a gondozási körzetek.

A város gondozási struktúrája

1. ÖNKORMÁNYZATI INTÉZMÉNYEK

A városban megtalálható a nyolcvanas években önkormányzati hatáskörben országosan elterjesztett idősintézmények szinte mindegyike: házi gondozás (segítés), szociális étkeztetés, idősek klubjai, a nyugdíjas ház és szociális otthonok. Az egyetlen kivételt az átmeneti gondozás alkotja.

a) A városi önkormányzat által működtetett intézmények

A Családsegítő Intézet fogja össze az otthonélést lehetővé tevő idősintézményeket a következő regionális megoszlásban:

- Belvárosi Gondozási Központ;
- Északi Városrész Gondozási Központja;

- Lajosvárosi Gondozási Központ;
 - Zellervári Közösségi Ház, ahol családsegítéssel is foglalkoznak;
 - nyugdíjsház és az
 - odatelepített gondozási központ;
 - az önellátásra képtelen időseket a városi szociális otthon fogadja.
- b) *Megyei önkormányzat által működtetett intézmény*
- Heves megyei Önkormányzat Idősek Otthona

2. KARITATÍV SZERVEZETEK

- Karitasz (katolikus);
- Kamillianusok.

3. PIACI ALAPÍTVÁNYOK

- Herbárium Alapítvány;
- a házi betegápolást végző betéti társaságok most vannak alakulóban, csatlakozván egy nagyobbhoz (Kék angyal);
- Egészség Stúdió.

A fenti ellátórendszer folyamatos fejlődés eredményeként jött létre. A nappali idősgondozásban fontos állomást jelentett a Családsegítő Intézet 1989-es megalakulása. Az intézet szociális gondozói, szociális munkásai, családsegítői, pszichológusai és jogásza négy nagy területen dolgoznak: idősellátás, családsegítés, hajléktalanellátás, értelmi fogyatékosok nappali ellátása. A tizenkét szakmai csoport fele azonban az idősellátással foglalkozik (öt csoport az öt gondozási központban, egy csoport a szociális étkeztetésben).

A bentlakásos otthonok vonatkozásában 1994 jelentett fordulópontot. Az ekkor átadott városi és megyei szociális otthon ugyanis néhány évig teljesen hiányzott az ellátásból. Ennek oka, hogy a korábban működő egri bentlakásos otthont, az ott uralkodó rendkívül rossz technikai és építészeti feltételek miatt néhány évre bezárták. Így az új bentlakásos otthonok fontos láncszemet jelentettek az ellátásban.

A szociális otthonok átadásával mégsem oldódott meg teljesen a bentlakásos otthonok iránti igény. Az idősellátás szembetűnő hiányossága ugyanis, hogy semmilyen átmeneti gondozás nincs a városban. Ennek következtében igen hosszú, ötéves várakozás előzi meg az időotthonba kerülést. A várakozási idő annak ellenére ilyen hosszú, hogy egrieket a megyei otthon is felvesz, és a bekerülés feltétele nem bonyolult.

Az önkormányzat intézményei mellett egyre jelentősebb szerepet töltenek be az utóbbi időben a karitatív és a piaci szereplők, mert bizonyos hiányokat pótolnak, például a mentális gondozásban, legújabbban pedig az otthoni szakápolás területén.

A karitatív szervezetek a mentális gondozásban emelkednek ki, a szakápolásban pedig a nemrég megalakult betéti társaságok és kft.-k járnak az élen. Az otthoni szakápolás az idősellátás azon területe, amelyet az önkormányzat a piaci szereplőnek kíván meghagyni, mivel fél, hogy a társada-

lombiztosítás esetleg megváltoztatja jelenlegi pénzügyi feltételeit, és akkor a szakápolást is az önkormányzatnak kell finanszíroznia. Ez jelentős többletterhet róna az önkormányzat szociális és egészségügyi költségvetésére.

Az otthonmaradást lehetővé tevő intézmények

Házi segítségnyújtás, szociális étkezés, nyugdíjas klub

Minden ellátás – házi gondozás, szociális étkezés, idősek klubja – kérelem útján vehető igénybe, melyet a gondozási központban a nyitvatartási időben lehet benyújtani. A kérelemhez csatolandó:

- időskorúak és rokkantnyugdíjasok esetén a házi orvos által kiadott igazolás, valamint – a térítési díj megállapításához – a nyugdíjszelvény;
- a szociálisan rászorultak részéről a jövedelmükre vonatkozó minden igazolás.

Az igénylőt a kérelem elbírálása előtt a gondozási központ vezetője vagy egy munkatársa a lakásán keresi fel.

Az idősek klubjában (korábbi nevén az öregek napközi otthonában) a gondozási központban való jelentkezésem túl különösen fontosnak tartják az orvosi vizsgálatot az esetleges fertőző betegségek (például tbc) kiszűrése végett. Ugyancsak fontosnak tartják, hogy mennyire alkalmas az idős a közösségi beilleszkedésre (például alkoholistá-e).

A Gondozási Központ által nyújtott szolgáltatások

A gondozási központok által nyújtott szolgáltatások részben megegyeznek az országosan ismertekkel, részben annál többet adnak a nyugdíjasok számára. A Családsegítő Intézethez tartozó gondozási központok így a következő ellátási típusokat biztosították 1996 nyarán:

1. Szociális étkeztetés

- a) ebéd vagy
- b) vacsora.

2. Idősek nappali ellátása (idős klubok), prevenció díjtételhez kötött szolgáltatás: ebéd; térítésmentes szolgáltatások:

- a) foglalkoztatás,
- b) orvosi ellátás,
- c) vérnyomásmérés, egyéb egészségügyi szolgáltatás,
- d) jogi tanácsadás,
- e) szociális ügyek intézése,
- f) a gondozási központ vezetőjének fogadóórája.

3. Házi segítségnyújtás

- a) hétfőtől péntekig,
- b) hétvégeken és ünnepnapokon.

1. Szociális étkeztetés

Az ellátási formák közül a legnagyobb – és az idősök elszegényedése miatt egyre növekvő – igény a szociális étkezés iránt mutatkozik. Két saját konyháról, valamint óvodáktól, bölcsődéktől és vendéglátó-ipari egységektől rendelt étellel 1996-ban összesen 883 fő ebédjét és 141 idős vacsoráját biztosították. Hétféteken 442 adag ételt vittek ki a segítségre szorulóknak az intézeti gépkocsival és tiszteletdíjas aktívák segítségével.

Az ebéd hétfőtől vasárnapig vehető igénybe, és az idős ember választhat, hogy az ebédet

- a) az egyik idős klubban, a helyszínen fogyasztja el,
- b) elviszi, vagy
- c) kéri, hogy házhoz szállítsák.

Vacsorát hétfőtől péntekig lehet kérni elvitelre, az egyik városrész gondozási központjában (Északi Városrész), amely az ott tartózkodó intézeti gépkocsiról vehető át 16.30 és 16.45 között.

2. Az idősök nappali ellátása

Minden gondozási központ az idősök klubjára épül, ahol szórakozásra, társasági életre van lehetősége a nyugdíjasoknak, s ahol biztosított az ebéd. A tagoknak tisztálkodási lehetőség áll rendelkezésre (mosdó, tusoló). 1996-ban a klubtagok száma 142 fő volt. A megfelelő foglalkoztatást – video, tv, napi, heti, havi sajtótermékek, rádióhallgatási lehetőség, rendezvények szervezése, színház- és mozilátogatás, kirándulás stb. – az 1995-től beindult Idősök Szabadegyeteme színesíti. A szabadegyetemnek igen fontos szerepe van a prevencióban. 1995-ben kísérletképpen hat előadásorozattal indították a programot, s a rendezvénysorozat azóta is nagy sikernek örvend. Minden egyes előadásnál figyelembe veszik az idősök javaslatait, ismert politikusokat, pedagógusokat, orvosokat, még fiatal nyugdíjas értelmiségieket is felkérnek egy-egy előadásra. Összességében a gondozási központok az idősök klubjait a prevenció egyik fontos állomásának tekintik, éppen ezért fontosnak tartják, hogy az új kezdeményezéseket erősítsék, bővítsék, továbbá hogy a klubokban megfelelően képzett, a preventív munkát ellátni képes szakembergárdát foglalkoztassanak. Éppen ezért a gondozónőknek rendszeres tapasztalatcseréket, látogatásokat szerveznek, és segítőbeszélgető-képzést is beindítottak számukra, amely iránt nagy volt az igény.

Az ebéd a szociális törvényben meghatározottaknak megfelelően önkormányzati keretek között, díjtételhez kötött. A klubok ezenkívül sokféle ingyenes szolgáltatást is nyújtanak tagjaik számára.

a) Az orvosi ellátást a klubtagok heti egy alkalommal az egy órai rendelési idő alatt vehetik igénybe.

b) Vérnyomást és testsúlymérést mindenki kérhet az ebédjegyzosztások, valamint az ismeretterjesztő előadások során.

c) A hónap első péntekjén minden időskorú igénybe veheti az ingyenes jogi tanácsadást.

d) Az ebédjegyzosztás, valamint az ismeretterjesztő előadások alkalmával úgyszintén mindenki kérheti, hogy segítsenek neki szociális ügyeinek intézésében (például lakásfenntartási támogatás, közgyógyellátási igazolvány, szociális kölcsön).

e) A gondozási központok, a nyugdíjsház és gondozási központ, valamint a közösségi ház vezetői hetente rendszeresen, adott időben fogadó órát tartanak az idősök részére.

A fentiek alapján megállapítható, hogy Egerben a nappali ellátás egyaránt figyel az idős ember mentális és egészségügyi-fizikai állapotára, szociális szükségleteire, és ezek együtt valóban jól szolgálják a prevenciót.

3. Házi segítségnyújtás

A házi segítségnyújtás során 1996-ban tizennyolc gondozónő száztizenkét fő gondozásában vett részt, és biztosították az idős személyi és környezeti tisztaságát, hivatalos ügyeinek intézését, a bevásárlást, a házi orvossal, valamint a hozzátartozókkal való kapcsolattartást is.

Hétféteken és ünnepnapokon az egész városra kiterjedően házi segítségnyújtási ügyelet működik azok részére, akik magányosan, hozzátartozó nélkül, megromlott egészségi állapotban élnek. Számukra a szolgáltatás térítésmentes. Az ügyelet központja az egyik nyugdíjsházban található gondozási központban van.

Az intézet mosodájában igénybe vehető mosatás és a tiszta ruha szállítása.

Bentlakásos otthonok

NYUGDÍJASHÁZ

Az Északi Lakótelepen működő nyugdíjsházat a lakóteleppel csaknem egy időben, a hetvenes években építették a még viszonylag jó egészségben lévő idősök számára. Az induláskor magántulajdonú lakásként működött, melyet a tanács visszavásárolt. Az önkormányzat megszüntette ezt a gyakorlatot, s bérlakássá tette a nyugdíjsházban lévő lakásokat.

Két éve új igénylési rendszert alakítottak ki. Minden év elején pályázatot hirdetnek, s a jelentkezők alapján várólistát készítenek. Üresedés esetén a lista sorrendjében utalják ki a lakást. Minden évben újra kell pályázni (így kihull a várólistáról az, aki már nem tart igényt a lakásra).

A nyugdíjsház érdekessége, hogy bár a bentlakásos intézmények egyik fajtájának tekinthető, ezt az intézményt is a családsegítő központ felügyeli.

SZOCIÁLIS OTTHON

Az otthonba rossz egészségi állapotú idősök jelentkezhetnek, illetve olyanok, akik körülményeik miatt nem képesek otthon élni (például télen nem tudnak fűteni). Először jelentkezni kell a városi önkormányzat Szociális és Egészségügyi Irodáján, megjelölve, hogy melyik otthonba szeretne menni a kérel-

mező. Itt az idős űrlapot kap az orvosi vizsgálatához. Az írásos kérelemmel, az orvosi vizsgálat eredményével és a nyugdíjszelvényvel együtt újból jelentkezni kell az irodán, ahol egy-két hónap leforgása alatt nyilvántartásba veszik. Erről a kérelmezőt is és az idősotthont is értesítik. Az idős felkerült a várólistára. Minden rendben lenne, ha ez a várólista nem jelentene hosszú éveket.

Szükségletek

Pusztán az intézményrendszer és az általa nyújtott szolgáltatások áttekintésével is érzékelhetők a következők:

a) Egyfelől az egri ellátás bizonyos, az otthoni segítségadással összefüggő problémákat – például a hétféle gondozás – már megoldott. Ugyancsak pozitív folyamatok indultak el a nappali ellátás, a prevenció területén az Idősek Szabadegyetemének beindításával és az ingyenes egészségügyi szolgáltatásokkal.

b) Másfelől az idősellátásnak van hiányzó láncszeme – az átmeneti gondozás –, emiatt a bentlakásos ellátásra igen nagy nyomás nehezedik. Magas ugyanis azoknak az időseknek a száma, akiknek fokozott szociális és egészségügyi segítségre van szükségük bizonyos élethelyzetben, egy adott időszakban, de akiknek nem lenne állandóan szükségük bentlakásos intézményre. (Például a fűtés miatt télen igényelnék a bentlakás lehetőségét, vagy éppen fordítva: az időst ápoló család pihenési lehetősége érdekében nyáron lenne szükségük az időseknek egy átmeneti szállásra.)

Az alapvető feladatok közé ezért egy kettős irányú szükségletfeltárás is hozzátartozik:

- az idősek gondozás iránti szükségleteinek a feltárása és
- a gondozók részéről megnyilvánuló szükségletek feltárása.

Az idősek szükségletei

Az idősek körében jelentkező igények esetében világossá kell tenni, hogy milyen már meglévő szolgáltatások iránt van kereslet. A szükségletfeltárásban fontos szerepet játszik a tömegkommunikáció. A két helyi rádió, a kábeltévé és a helyi újság segítségével a nyugdíjas korosztályokat rendszeresen tájékoztatják a különféle, őket érintő lehetőségekről.

A tájékoztatásban nemcsak a helyi média, hanem az egri területi házigondozó szolgálat, valamint a karitatív szervezetek is élen járnak. Például a területi gondozók az egyes gondozóközrtekben az összes ott lakó időshöz szórólapot juttattak el, bemutatván az igénybe vehető szolgáltatásokat, majd személyesen is fölkeresték az idős embereket, először a hetven éven felülieket, majd a hatvan éven felülieket.

Mindezeket túl a területi gondozók az új igények felmérésére is törekedtek, hogy ezek segítségével komplex ellátást alakítsanak ki, amely lehetővé

teszi, hogy az idős ember minél tovább maradjon az otthonában. Ez a prevenció újabb állomásának tekinthető.

Az idősek legmarkánsabban kirajzolódó szükségletei a következők voltak:

- A házi segítségben belül legyen több lehetőség a lelki gondozásra.
- Ez váljék térítésmentessé, vagyis a házi gondozás térítési rendszere módosuljon. Jelenleg a mentális gondozásért, a beszélgetésért is fizetni kell, ami fokozza az idősek elmagányosodását.

- Az egészségileg megrokkant embereknek ne kelljen folyamatosan felülvizsgálatra járniuk, mivel állapotuk alig változik.

- Legyen valamilyen lehetőség a családtagok ideiglenes tehermentesítésére (például ha a család gondozza a súlyosan beteg időst, de pár hétre pihenni szeretne, vagy valamilyen más okból képtelen tovább folytatni tevékenységét). Alakítsanak ki átmeneti, két héttől három hónapig tartó ellátást valamilyen bentlakásos otthonban, vagy hozzanak létre ilyen típusú, új intézményt.

Ez utóbbi megfogalmazásban visszaköszön a korábban már jelzett probléma: hiányzik az idősellátás egyik láncszeme, az átmeneti gondozás.

A gondozók szükségletei

- Az egyes programok szervezésénél (az idősklubokban) legyen több kísérő.

- Fontos az állami és a nem állami szervezetek közti kapcsolat erősítése, a karitatív szervezetek bevonása a gondozásba ott, ahol nagy a lelki gondozás iránti igény, és ahol azt a gondozók – túlterheltségük vagy a térítési kötelezettség miatt – nem tudják megoldani.

- Az elmélet és a gyakorlat tökéletesebb összehangolása is szükséges.

- A tiszteletdíjas gondozókat magasabb összegekkel kell aktivizálni.

- A hivatásos gondozók továbbképzésében fontos a pszichológiai ismeretek hangsúlyozása, amelyek szélesítéséhez az úgynevezett *segítő beszélgetések* járulhatnak hozzá.

- A más településen, régióban, országban bevezetett innovációk megismerése, adaptálási lehetőségük megvizsgálása is fontos.

- A folyamatos szupervízió biztosítása lényeges kérdés.

- A konfliktuskezelő képesség fejlesztése ugyancsak alapvető.

- A gondozó kapjon folyamatos visszajelzést munkájáról.

- Még több, színesebb programot kell biztosítani a magasabb és megfelelő szakképzettség, ill. több gondozó alkalmazása révén.

Mind a gondozóknál, mind az időseknél markánsan jelentkezett egy komplex, három elemet magában foglaló rendszer kialakítása iránti igény, amely tartalmazza az egészségügyi ellátás, a szociális gondozás és bizonyos egyéb szolgáltatások – például hivatalos ügyek intézése, berendezés javítása – egy rendszerben való kezelését.

Problémák

Az egyes időszintzmények vezetői a problémákra helyi válaszokat, újszerű kezdeményezéseket alakítottak ki, írásban pontosan rögzített normákkal vagy pusztán a szokásjog révén. A szükségleteket, a problémákat és a normákat egymással szorosan összefüggő egységben kell kezelniük.

- Az idősellátás területén Egerben is az egészségügyi és a szociális rendszer különválása jelentette az egyik nagy gondot (csakúgy, mint az ország más részein), amit jól jellemez az alábbi idézet: „Ahol szociális gondozás van, oda nem akarnak menni betegápolók.” Az idősek egészségügyi gondozása csak azért megoldott, mert a szociális gondozók többségében átvállalják az egészségügyi ápolást is, bár erre a szociális törvény értelmében nincs is jogosítványuk, noha sokuknak van egészségügyi szakképzettsége. A gyakorlatban létező feladat-átvállalást segítette, hogy néhány negatív példától eltekintve a szociális gondozóhálózat általában jó kapcsolatot alakított ki a háziorvosokkal.

- Alapvető gond, hogy a két rendszert teljesen eltérő csatornákon keresztül finanszírozzák.

- Ez különösen markánsan volt érzékelhető az otthonápolási szolgálat megjelenésével. Az otthonápolási szolgálat eredeti célja az volt, hogy az idős megszokott életét a saját otthonában megkönnyítse. A gyakorlatban a gondot az jelentette, hogy az otthoni szakápolás keretében semmilyen szociálisnak nevezhető feladat nem végezhető, mivel a szociális gondozást a társadalombiztosítás nem téríti. Márpedig a valóságban az egészségüghöz tartozó otthonápolási rendszer és a szociális szférához tartozó gondozórendszer között átfedések vannak (például a mosdatás, az étkeztetés, a mobilizálás mindkét rendszer feladatai között szerepel). Ráadásul a szociális gondozók jelentős részének egészségügyi, sokuknak szakápolói szakképzettsége van. Kérdés, hagyja-e ellátatlanul a klienst az egészségügyileg is képzett szociális gondozó, vagy a feladatkörébe tartozó mosdatás során kezelje jogosítványon kívül például az idős lábszárfelekélyét. Ugyanúgy kérdés, hogy az inkontinenciától szenvedő kliens esetében megengedhető-e pusztán az egészségügyi feladatok elvégzése. Milyen szerepet kap a mentális gondozás? A jelenlegi tapasztalatok szerint az ápolónő vagy nem végzi el utóbbi tevékenységet – a mentális gondozás kis hangsúlyt kap feladatkörében –, vagy hivatalosan nem végezheti el azt. Ennek ellenére mindkét rendszerben plusz feladatok elvégzésére is rákényszerülnek a szociális (egészségügyileg is képzett) gondozók, illetve a jóérzésű ápolónők. Ám ezeket a pótlólagos tevékenységeket hivatalosan nem vállalhatják föl.

- Ismét hangsúlyozni kell, hogy ez az egészségügyi és a szociális gondozást külön kezelő rendszer nem foglalkozik kellően az idősek számára alapvető mentális gondozással, noha minden harmadik 70 évesnél idősebb ember enyhébben vagy súlyosabban *demens*.

- Az otthonápolás bevezetésénél problémát okozott, hogy ez az új szolgáltatás a nem állami szférában jelent meg. A tanulmánynak nem célja, hogy az egyik nagy, otthonápolást ellátó alapítvány központja és alközpontja között meglévő problémákkal foglalkozzék, s belemenjen a belső struktúrából

adódó feszültségekbe. Azt azonban ki kell emelni, hogy az alapítvány ellenőrzése – az állami szektorral ellentétben – nem volt megfelelő, hozzáférhető, s számos kívánnivalót hagyott maga után.

- Az otthonápolás kapcsán újabb kardinális problémaként jelent meg az egyes szektorok közti átjárhatóság kérdése. A társadalombiztosítás viszonylag rövid időtartamra nyújt térítésmentes ellátást. A szolgáltatást igénybe vevő, kórház utáni utókezelésre vagy időskori állapota miatt ápolásra szoruló idősnek ugyanakkor – mint ahogy azt az egrí gyakorlat is mutatja – nem mindig elég a térítésmentesen igénybe vehető szolgáltatás. Az idősek egy része kénytelen a piac nyújtotta szakápolási lehetőségeket igénybe venni. Kérdés, hogy ezt meddig engedi a pénztárcájuk. Hiszen az időskori betegségek túlnyomó többségével a nyugdíjasoknak hosszú évekig együtt kell élniük, köztük sok olyannal, ami állandó, de legalábbis tartós ápolási tevékenységet igényel. Mi történik az időssel, ha a szociális gondozásból átkerül a társadalombiztosítás által finanszírozott rendszerbe? A válasz egyértelműen pozitív, hiszen ezzel az idős ember fontos szükséglete eléggül ki. Saját otthonában kap egészségügyi szolgáltatást, gondozást. De mi történik, ha a társadalombiztosítás által finanszírozott periódus lejár, és az idős még mindig igényli a szolgáltatást, vagy ha a társadalombiztosítás bizonyos pénzügyi megfontolások és a növekvő igények miatt egy bizonyos idő után „kivonul” az idős otthonából? A különféle piaci és nem állami szereplők – ugyanazok, akik addig is az idős „szolgáltatói” voltak – ezután térítés ellenében ápolnak. Ha az idős ember pénze elfogy, és nem tud a szolgáltatásért fizetni, két lehetőség áll rendelkezésére: 1. Visszakerül az olcsóbb állami (önkormányzati) szociális gondozásba. Kérdés, mit és hogyan képes az állami gondozó szektor neki nyújtani. 2. Egy karitatív szervezet vállalja fel a gondozását.

- A szociális ellátásban dolgozóknak mindegyik intézménytípusban alacsony a bére, s ez sok esetben alacsony presztízzsel párosul.

- A gondozókra igen nagyfokú pszichés megterhelés hárul, amely miatt többségüknek továbbképzésekre, szupervízióra van szükségük. Különösen sokan említették a pszichológiai továbbképzés fontosságát.

- Alkalmanként nehézséget jelentett a különböző szektorokhoz tartozó szereplők közti együttműködés.

- A karitatív (piaci) szervezetek az önkormányzati intézmények részéről esetenként bizalmatlanságot éreztek.

- Ez részben összefüggött azzal, hogy nem volt tisztázott, mely szolgáltatásokban, milyen területen tud a karitatív, illetve piaci szereplő részt venni; a szolgáltatást milyen hosszú ideig és milyen rendszerességgel tudja nyújtani; mely területeken képes a nem állami szektor kiegészítő szolgáltatást biztosítani; hol és milyen módon tud a két szektor együttműködni; mennyire képes az önkormányzati (állami) szektor a karitatív, illetve piaci szereplőt egyenrangú partnernek elfogadni.

- A szociális törvény értelmezési problémái, nem kellően kifejtett részei nehezítették, illetve helyi normaképzésre késztették az intézmény vezető dolgozóit.

- Az intézményekben, az egyes ellátóegységekben uralkodó normák nem voltak egységesek, bár az informális tapasztalatcsere és az egyes ellátó tí-

pusok vezetőinek folyamatos konzultációi, valamint az utóbbi években számukra kötelezővé vagy lehetővé tett képzés ezen a gondon segített, és egy egységes norma felé mutató szemlélet kialakulását tette lehetővé.

- Az idősök általános elszegényedése és a fizetéshez kötött szolgáltatások miatt az állami szektorban a gondozás iránti igény csökkent, miközben a valóságban egyre több idősnek lenne szüksége egészségi állapota és/vagy kora miatt különféle szolgáltatásokra.

- A nyugdíjasháznál gondként merült fel, hogy az idős elesettségét az intézmény csak egy bizonyos ideig képes kezelni. Az idős ugyanakkor nem akar a lakásának tekintett nyugdíjasházból egy számára rosszabb ellátási formába, a szociális otthonba kerülni. (Egy, a nyolcvanas évek végén végzett vizsgálat szerint az idősöknek csupán 30 százaléka gondolta azt, hogy a szociális otthonba kerülők jól érzik magukat. Széman 1988: 153.) Vagyis a nyugdíjasházban tartós elesettség esetén nem megoldott a rehabilitáció és az ápolás.

- A nyugdíjasháznál az intézmény egy tömbben való elhelyezése – 90 lakás egy helyen – és a nem megfelelő közös helyiségek hiánya újabb problémaként jelentkezett.

Normák

- Az intézmények a szociális törvénynek megfelelően alapszabályként tekintették a területi gondozáson belül az egyes intézménytípusok egymásra épülését. E felfogás szerint az idősök klubja szolgálta az elsődleges prevenciót, a házigondozás a másodlagos prevenciót. A két intézmény együttes célja/normája volt az idősök minél további otthonmaradásának elősegítése.

- Ennek érdekében alakították ki a kilencvenes évek közepén az egész városra kiterjedően a már bemutatott hétvégi házigondozást. Azaz egy norma megvalósítása érdekében innovációt valósítottak meg az összes területi házi gondozási központ bevonásával.

- Az intézmények mindegyike alapvető normának tekintette, hogy a gondozás középpontjában a gondozott személyisége álljon.

- Alapvető normának tekintették az idős ember fizikai és mentális lelassulásának megakadályozását.

Kemény normák

Kemény normáknak az írásban szabályozott, építészeti, technikailag mérhető, illetve az intézményekben általánosan deklarált normákat tekintem. Ebben a felfogásban a kemény normákhoz tartoztak a következők:

- a szociális törvény,
- a Szociális Etikai Kódexben foglaltak betartása,
- a munkaköri leírás betartása,
- a helyi szinten megfogalmazott házirend, amely egyrészt olyan alapvető kérdéseket szabályoz, mint

- az egyes egységekbe való bekerülés feltételeit,
- a nyitvatartási időtartamot,
- a szolgáltatások idejét (például mosatás minden kedden van, az ebédet minden csütörtökön lehet igényelni 15–16 óra között stb.),
- az egyes szolgáltatásokra jogosultak körét,
- az ingyenességet,
- másrészt szabályozza az intézményekben való viselkedési normákat:
- a klubtagok csak papucsban mehetnek be az idősklubba,
- a helyiségben óránként öt percet kell szellőztetni,
- dohányozni csak a kijelölt helyiségben lehet,
- étkezés előtt és a WC használata után kezet kell mosni,
- alkoholt bevinni nem lehet, illetve részegen, alkoholos állapotban nem lehet bejönni,

- a berendezési tárgyakat a klubtagok kötelesek tisztán tartani,
- ha valamit nem megfelelően használnak, annak az árát meg kell téríteni,
- a nem megfelelő viselkedés a klubból történő kizárást vonja maga után.

A fenti kemény normák közül azok, amik alapvető kérdéseket szabályoznak, elengedhetetlenek az intézmények működéséhez. Ugyanakkor elsősorban azok, amik szintén a házirendben, azaz egy írott szabályzatban jelennek meg, más, szintén írásban szabályozott normákkal ellentétbe kerülhetnek, így például az Etikai Kódexben lefektetett személyközpontú szemlélettel, amely egyezik azzal a gondozói célkitűzéssel, hogy a gondozott személyisége álljon középpontban. A házirend nyelvezete ugyanis emlékeztet a korábbi, gondozócentrikus felfogásra, amennyiben deklarálja az idős kötelességeit, még hozzá felszólító, parancsoló formában, ugyanakkor nem tartalmazza az idős jogait.

Kemény normaként fogható fel a paraszolvencia kizárása, annak szigorú büntetése is.

A kemény normák némelyike változott. Például a házigondozás iránti igény bejelentése 1996-ban a házigondozói központnál történt, a gondozás engedélyezése pedig a családsegítő központnál. Ez a norma a két-három évvel előttihez képest – a családsegítő központ vezetőjének hatására – megváltozott. A normaváltozás, a centralizáció felé történő változás célja a *kontroll* bevezetése volt.

A gondozásba vétel menetére a következő normák a jellemzők:

- a) jelzés (család, szomszéd, orvos stb.),
- b) a gondozó helyszíni látogatása,
- c) adatlap kitöltése jövedelmi helyzet, egészségügyi állapot felmérésével együtt,
- d) orvosi javaslat.

A házigondozáson belül norma a napi négy óra ellátás.

Írásos megállapodás a gondozottal.

A gondozó próbaidőre való alkalmazása, melynek során a gondozással kapcsolatos lelki és fizikai alkalmasságot nézik.

Rendszeres esetmegbeszélések.

Gondozási napló használata.

Hatékonyság emelése képesséssel (jelenleg egy fő hat-hét embert lát el).

A gyakorlatban alkalmazott íratlan szabályok

A gyakorlat egyik fontos eleme, hogy nyomon követik az idős embert az intézménytípuson belül, ha például nem jelentkezik ebédért, megnézik, mi történt vele.

Ugyanez érvényes az egyes intézménytípusok között a szociális gondozás hatáskörében is. Ugyanakkor ha az idős ember az egészségügyi rendszerbe kerül (kórház), már gondot jelent a nyomon követés.

A flexibilitás is íratlan szabály, azaz adott esetben, az idős érdekében el lehet térni az írott normáktól.

Az idősök tájékoztatását is olyan íratlan szabálynak tekintették, amelynek érdekében – mint ahogyan azt már jeleztük – sokat tettek.

Az idős kluboknál a prevenció érdekében gyakorlati normának tekintették az idősök ingerküszöbének emelését, s ezzel társadalmi integrálását:

a) színes, szórakoztató műsorok kialakításával, a szabadegyetem bevonásával,

b) „mozgatásukkal”, utaztatásukkal,

c) egymás fontosságának kiemelésével, a személyiség középpontba helyezésével (például névnapok megtartásával).

A házi gondozásnál alapvető íratlan szabály volt, hogy minél jobb kooperációt kell kialakítani az egészségügyi ellátóhálózattal. Lényeges szabály a titoktartás kötelezettsége az idősök privátszférájára vonatkozóan, vagy hogy a gondozót a gondozott szemszögéből nézve kell kiválasztani. Új gondozó alkalmazásakor átmenetet kell biztosítani (két gondozó bizonyos ideig párhuzamosan látogatja az időst). A négy órán túli gondozást lehetővé kell tenni sürgős esetekben a) belső átszervezéssel, b) munkaügyi központtól felvett munkaerővel. Mind a gondozók, mind a gondozottak körében el kell kerülni az előítéletes gondolkodást, például a gondozottak egy része nem akart cigány származású gondozót elfogadni. (Ezt a problémát beszélgetésekkel sikerült feloldani.)

A bentlakásos intézményekben

A kemény normák közé tartozott az idős felvétele. Ezt a szociális törvény és az önkormányzat szabályozza, figyelembe véve az idős jövedelmét, egészségi és mentális állapotát, valamint az embertársaihoz fűződő kapcsolatát.

Az ugyancsak konkrét paraméterekkel mérhető építészeti-technikai vonatkozásban a két szociális otthon jó helyzetben volt, mivel mind a városi, mind a megyei otthont 1994-ben a célnak megfelelően építve adták át. Az idősök – más szociális otthonokhoz képest – jó körülmények között, két- és háromgyás szobákban laknak. Szépek a közös helyiségek. Ugyanakkor az építkezés számos olyan gondot jelzett, amely a normák hiányára utalt. A tervezők és a kivitelezők nem vették figyelembe a bentlakásos otthonban élő idősök és az őket gondozók speciális szükségleteit (például a kornak, az egészségi állapotnak megfelelő, könnyebb fürdési, zuhanyozási lehetőségeket), s csak a vezetők és gondozók odafigyelésén múlt, hogy e hiányosságok többségét

az építkezés során sikerült korrigálni. Ez a körülmény arra figyelmeztet, hogy az újonnan épülő otthonoknál, a jelenleg érvényben lévő kemény normákon kívül (ágyszám, négyzetméter stb.) egyéb előírásokra is szükség van, amelyeket mind a tervezőkkel, mind a kivitelezőkkel be kell tartatni (például a zuhanyozónál ne kelljen a zuhanytálcába fel- vagy belépni, az legyen súlyszigetelt, csúszásgátlóval ellátott).

Természetesen ez egy újabb problémára világít rá. A normaszint emelése – például a kisebb létszámú intézmények kialakítása, az egy szobában élő idősök számának csökkentése – kedvez az idős privátszférájának, és minőségileg jobb életet tesz lehetővé az otthonban. A gondozóknak is jobb munkakörülményeket teremt. Ugyanakkor kérdéses, hogy a túlságosan merev előírások nem idézik-e elő az egyes intézmények ellehetetlenülését. (Olyan magas normákról van szó, amelyek nem kifizetődőek, és amelyek működéskép- telenné teszik az intézményt.)

A nyugdíjasház esetében a gondozók azt tartanák szerencsésnek, ha a kilencven lakás nem lenne egy tömbben.

Hasonló dilemmát jelentett az a helyzet, amelyben a gondozók az írott szabályzatot és a gondozást, az azon belül kialakított gyakorlatot, az idős segítségét nem tudták összeegyeztetni. Például az egyik szabályzat szerint a gondozók nem kérhetnek pénzt az idősektől. Ez azonban akadályozza őket abban, hogy segítsenek az időseknek a gyógyszervásárlásban. Betartható-e ez a norma, és ha igen, mikor?

Gyakorlatban alkalmazott íratlan szabályok

Számos, íratlan szabállyal éltek a gondozók, amellyel az idősök mentális és fizikai állapotának, személyiségének megőrzését akarták elősegíteni. Ezek a következők voltak:

- A vallásgyakorlás lehetővé tétele az otthonon belül.
- A halál tabujának feloldása, ahol ez problémaként jelentkezett. (A nyugdíjasházban a lakók közül egyesek rázárták a halottra az ajtót. A szociális otthonban ezzel szemben az idősök beteg, haldokló, rossz állapotban lévő társukkal toleránsabbak voltak.)
- Az idős tisztán tartása. Íratlan szabály volt, hogy az idős embert – saját érdekében – rábeszéléssel vagy enyhe erőszakkal „kényszeríteni” kell a rendszeres tisztálkodásra, zuhanyozásra, fürdésre.
- Fontosnak tartották, hogy megadják az időseknek az otthon életébe való beleszólási jogot. Az azonos elképzelést eltérő gyakorlat követte. Az egyik otthonban névtelen leveleket is elfogadnak. A másik otthonban, ezzel ellentétben, csak a névvel ellátott leveleket lehet bedobni. Ez az ellentétes megoldás szakmai vitát váltott ki az 1996 novemberében megtartott konferencián.
- Mindenhol fontos feladatnak érzik, hogy jóízű, az idősök által megszo- kott étkezést tudjanak biztosítani.
- Ugyancsak íratlan szabály alapján működő, az idős méltóságát biztosító megoldást találtunk az egyik szociális otthonban, ahol az ebédlőben igen szép abrosszal terítenek, és nem takarják le viaszosvászonral, vállalva az

esetleges foltokat. A vezető fontosnak tartja ugyanis, hogy az idős ember ne érezze magát lepusztult helyen.

Összességében elmondható, hogy az intézmények írásba foglalt házirendek, etikai kódexek szerint működnek, amelyeket kemény normáknak foghatunk fel. Ténylegesen azonban igen sok, egy-egy intézményre jellemző viselkedési szabályt, megoldást alkalmaznak. A házi gondozásnál a legrugalmasabb a gyakorlat, ahol többnyire íratlan szabályok érvényesülnek. Az időseket közösségekbe tömörítő intézményeknél már sokkal jobban behatárolható normákkal találkozunk, bár itt is jelentős az azonos típusú intézmények között az eltérés.

Innováció

A problémák megoldása érdekében az utóbbi időben számos új megoldást vezettek be, amelyeket innovációnak tekinthetünk, vagy amelyek innovációt indítottak el. Ezek a következők voltak:

- Ingyenes vérnyomásmérés.
- Ingyenes havi jogi tanácsadást vezettek be.
- A jogi tanácsadás következtében megnőtt komplex ügyintézés a gondozók felvállalták.
- Az egész városra kiterjedően megszervezték a már említett hétvégi házi gondozói szolgálatot az egyedül élő idősök részére.
- Az idősök avagy a nyugdíjasok klubjaiban nyitott rendezvényeket tartanak.
- Megalakították a nyugdíjasok szabadegyetemét. Ebbe bevonták a város vezető értelmiségét, köztük a fiatal nyugdíjasokat is. A cél az idősebb generáció szegregációjának megakadályozása volt. A tanulás, a változatos programok, az ingerbő környezet mind segítette a gondozókat a preventív munkában, többek között a *dementia*, az időskori szenilitás elleni harcban.
- Az Északi Városrész Gondozási Központjának a vezetője megoldotta először a 70 éven felüliek, majd a 60 éven felüliek folyamatos tájékoztatását. Informálta őket, hogy milyen szolgáltatásokat és mikor vehetnek igénybe.

Képzés

Az innováció kialakulását nagyban elősegítette a gondozók képzése. Ez a házi képzést, a főiskolai jellegű szociális és jogi képzést, a tapasztalatszeréket és a külföldi tanulmányutakat is magában foglalta.

1995-ben felsőfokú képzésben vett részt 11 fő, középfokú képzésben 7 fő, egyéb képzésben 39 fő, a házi továbbképzésen belül csoportvezető képzésen 4 fő, mélyinterjú képzésen 13 fő, pszichológiai képzésen 12 fő. Más intézményekkel kapcsolatos tapasztalatszerés volt 18 fő. Az intézményen belüli tanácskozásokon negyvenkilencen jelentek meg, regionális továbbképzéseken negyvennégyen, a város által szervezett képzéseken huszonhárman vettek részt.

A vezetőknek minden esetben kötelező volt valamilyen jellegű képzés.

Ezenkívül számos intézményben havonta pszichológus gondozza a gondozókat. Erre nagy szükségük van a kiégés megelőzése érdekében.

A képzések magas aránya is mutatja, hogy a vezetők mennyire fontosnak tartották az idősekkel foglalkozók továbbképzését. A képzés hangsúlyozásában a családsegítő központ vezetője fontos szerepet kapott, mivel az összes időst ellátó intézménnyel kapcsolatban áll.

A képzésben szerepet kapott a NISW (National Institute for Social Work, Szociális Munka Országos Intézete) is. A vizsgálatunkban részt vevő települések közül több helyről, így Egerből is részt vettek vezetők/vezető gondozók 1996-ban az intézet által szervezett 3 hetes londoni képzésen. Ennek az volt a célja, hogy a hazai szakemberekkel megismertesse az angol gyakorlatot s annak az itthoni körülményekre való adaptálási lehetőségeit.

Az Egerben fontosnak tartott állandó továbbképzések, tapasztalatszerék arra ösztönözték a területi gondozás vezetőit, hogy új gondolatokat honosítsanak meg, újítsanak.

Ellenőrzés

Az intézmények ellenőrzését a szociális törvényben és a házirendben foglaltak könnyítették meg. (Például a gondozási napló átnézése.) Az ellenőrzést minden esetben a vezetők végzik.

A házi gondozásnál a legrugalmasabbak, ahol többnyire íratlan szabályok érvényesülnek. A gondozónőket munka közben a területi központ vezetője ellenőrzi. Az ellenőrzés egyik módja a sok beszélgetés, egyrészt a gondozókkal, másrészt a gondozotti körrel. Ennek alapján tudja az ellenőrzést végző vezető megállapítani, hogy ténylegesen mennyire megfelelő a szolgáltatás.

A bentlakásos otthonok esetében az igazgatónő egyfelől a dolgozókat ellenőrzi (ápolókat, technikai személyzetet), másfelől direkt vagy indirekt módon figyel magukat az időseket is.

Az idősgondozásba bekerült idős sorsát a gondozók nyomon követik, és törekednek arra, hogy az ellátás egyik egységéből az idős ember (a lehetőségekhez képest, lásd várakozási idő) zökkenőmentesen kerüljön át a másikba.

A piaci szféra

Az utóbbi néhány évben a piaci szféra is egyre markánsabban jelent meg a város idősgondozásában. Az egyik, 15 szakembert foglalkoztató magánvállalkozás a következő szolgáltatásokat nyújtja:

- csoportos klimax-torna,
- gyógyászati segédeszközök beszerzése,
- nyitás a lelki gondozás felé,
- házi ápolás,
- intenzívebb, 24 órás házi ápolás.

A vállalkozás vezetője kapcsolatban áll a kórházakkal. A vállalkozás minden szolgáltatása iránt mutatkozott igény. A legnagyobb problémát mégis az okozta, hogy a városban kicsi a fizetőképes kereslet. Noha az ápolás órábéré önmagában nézve nem magas – megegyezik a házi segítőszolgálatnál megszabott legmagasabb díjjal –, az idősek jó része tartósan nem tudta, nem tudja igénybe venni a piaci szolgáltatást. A társadalombiztosítással való szerződés kötést, amely az idős fizetési terhein könnyítene, a vállalkozó meg sem próbálta. A piacon ugyanis már óriási az ilyen irányú verseny, és a jobb kapcsolati rendszerrel, jobb pozíciókkal, bizonyos szakmai múlttal rendelkezőknek nagyobb az esélye a pályázati pénzek elnyerésére.

A piaci szféra fenti szereplőjénél nem volt olyan szabályozás, mint az állami ellátásban. A kisvállalkozásban mégis normaként jelentkezett az egészségügyi és a mentális gondozás összekapcsolása. Az egészségügyi képzettség mellett a vezető ugyanis fontosnak tartotta a lelki gondozást. Ennek oka, hogy bár az alkalmazottaknak egészségügyi végzettségük van, a vállalkozás vezetője szociális munkás. Érthető ezért, hogy fontosnak tartja a mentális – lelki gondozást, annyira, hogy ennek érdekében maga is képzésen, két éves pszichológiai tanfolyamon vett részt.

Egy alapítványi keretek között működő, otthonápoló szolgálatnál a legmagasabb tarifa 500 Ft/óra, a legalacsonyabb 100 Ft/óra. Néhány nagyon alacsony nyugdíjjal rendelkező ember esetében elvállalták az ingyenes gondozást is.

Ennek az alapítványnak az írásban lefektetett szabálya kizárólagosan az volt, hogy az ápolás csak egészségügyi szakápolói feladatokra irányulhat.

A gyakorlat ezt a kemény normát feloldotta. Az ápolók ugyanis gyakran szociális segítségnyújtást is végeztek, noha egyértelmű volt, hogy semmilyen szociális szolgáltatásért nem kapnak visszatérítést. Az időssel kapcsolatban álló ápolónő ezt az írásos szabályt mégsem tartotta be. Ha ugyanis az ápolónő régóta ismerte az időst, vagy „csak” szociálisan volt érzékeny, megtette, hogy kitergetett, kivette a ruhát a mosógépből, elhozta a kliens ebédjét, vagyis „tiltott”, nem finanszírozható szociális feladatokat végzett el, önkéntesen. De ezeket a tevékenységeket – csak úgy, mint a szociális gondozóké, amikor egészségügyi feladatokat láttak el – titkolni kellett, nem lehetett a társadalombiztosítás felé kötelező havi jelentésbe beírni.

A gondozottak közül sokan a családsegítő központtól kerültek át az alapítványi gondozásába. A náluk jelentkezők egy részét pedig a családsegítőhöz utalták. Az alapítvány véleménye szerint ugyanis nekik inkább szociális segítségre volt szükségük, mint ápolásra. A családsegítővel való kapcsolat mégis esetleges volt. Az alapítvány és az állami szféra közötti átjárhatóság így időnként problémát jelentett.

A legnagyobb gondot mégis az okozta, hogy az alapítványon belüli – a központ és az alközpontok közti – és a más rendszerekhez kötődő (társadalombiztosítás, állami idősellátás) kapcsolatok igen tisztázatlanok voltak, ami nagyban nehezítette a működést és a mindennapi munkában számos anomáliát idézett elő.

A piaci vállalkozásoknál is jelentkezett – burkoltan vagy nyíltan – az egészségügyi és a szociális rendszerek összekapcsolásának igénye. Még ott

is, ahol ezt egy kemény norma kifejezetten tiltotta, az időssel kapcsolatban lévő kialakították a saját gyakorlatukat, amely titokban kapcsolta össze az egészségügyi-ápolói és szociális gondozói tevékenységeket.

Karitatív szervezetek

A városban működő Karitasz Központ eddig a következő tevékenységeket végezte:

- lelki gondozás,
- házi betegápolás Karitasz-tagok segítségével, akik ilyen jellegű tanfolyamokon vettek részt,
- az idősek anyagi segítése a szociális boltból befolyt jövedelem révén.

A Karitasz egyik alközpontjának tevékenysége ezenkívül kiterjedt a to-lókocsik beszerzésére, kölcsönzésére is. A körzetben hatvannyolc időssel álltak kapcsolatban, akiket harminc Karitasz-tag lát el. A körzetben élő minden rászoruló idősről nyilvántartást vezetnek személyi lap segítségével. A neveket a körzeti orvostól kapták.

Normájuk, hogy a) minden munkatársukról legyen személyi lapjuk, b) minden gondozott idős embert nyomon követhessenek a személyi lap segítségével. A gondozó lapján szerepel a látogatások ideje, a gondozotti lapon a kapott szolgáltatások. Az idősek fele kap lelki segítséget, fele anyagi segítséget. A természetbeni segítség vegyesen oszlik meg.

További normájuk a folyamatos beszámolás, kontroll és az egy hónapra előre tervezés, valamint sürgős esetekben az önkormányzati intézményekkel való együttműködés.

Nagyon fontosnak tartják, hogy kapcsolatban legyenek más, nem állami, piaci intézményekkel is. Az ilyen kapcsolatok teszik lehetővé, hogy a szervezet az időseket természetben is segítse, illetve hogy a természetben kapott adományokat pénzzé tegye, és azt adja az idősnek.

Igyekeznek mozgósítani magukat az időseket is, s a tevékenységek egy részébe bevonni őket.

Fontosnak tartják, hogy az egyes jeles napokon (karácsony, húsvét, Szent Erzsébet = a szegények napja, Szent Anna stb.) külön is odafigyeljenek az idősekre. Külön gondolnak a legidősebbekre, s minden 74 évesnél idősebb embernek ajándékot készítenek az idősek napján.

A Karitasz-tagoknak fényképes igazolványuk van, amelyet mindig felmutatnak, ha az idősekhez mennek.

Informális módon tudnak arról, hogy az idősek közül ki és milyen egészségügyi, szociális segítséget kap, de ismereteiket pontosítani akarják. Ezért következő megoldandó feladataik között szerepel, hogy a városrészi szociális térképet készítsenek, amelyen nemcsak a rászoruló, hanem minden, a városrészben élő időst bejelölnek.

Az Egri Karitasz alapvetőnek tartja, hogy többféle tevékenységet hangoljon össze. Így a lelki gondozás mellett egyre inkább elengedhetetlennek érzi a komplex (egészségügyi és szociális) ellátás biztosítását.

E koncepció megvalósítása érdekében létre kívának hozni egy Karitasz

A vállalkozás vezetője kapcsolatban áll a kórházakkal. A vállalkozás minden szolgáltatása iránt mutatkozott igény. A legnagyobb problémát mégis az okozta, hogy a városban kicsi a fizetőképes kereslet. Noha az ápolás órábéré önmagában nézve nem magas – megegyezik a házi segítőszolgálatnál megszabott legmagasabb díjjal –, az idősek jó része tartósan nem tudta, nem tudja igénybe venni a piaci szolgáltatást. A társadalombiztosítással való szerződés kötést, amely az idős fizetési terhein könnyítene, a vállalkozó meg sem próbálta. A piacon ugyanis már óriási az ilyen irányú verseny, és a jobb kapcsolati rendszerrel, jobb pozíciókkal, bizonyos szakmai múlttal rendelkezőknek nagyobb az esélye a pályázati pénzek elnyerésére.

A piaci szféra fenti szereplőjénél nem volt olyan szabályozás, mint az állami ellátásban. A kisvállalkozásban mégis normaként jelentkezett az egészségügyi és a mentális gondozás összekapcsolása. Az egészségügyi képzettség mellett a vezető ugyanis fontosnak tartotta a lelki gondozást. Ennek oka, hogy bár az alkalmazottaknak egészségügyi végzettségük van, a vállalkozás vezetője szociális munkás. Érthető ezért, hogy fontosnak tartja a mentális – lelki gondozást, annyira, hogy ennek érdekében maga is képzésen, két éves pszichológiai tanfolyamon vett részt.

Egy alapítványi keretek között működő, otthonápoló szolgálatnál a legmagasabb tarifa 500 Ft/óra, a legalacsonyabb 100 Ft/óra. Néhány nagyon alacsony nyugdíjjal rendelkező ember esetében elvállalták az ingyenes gondozást is.

Ennek az alapítványnak az írásban lefektetett szabálya kizárólagosan az volt, hogy az ápolás csak egészségügyi szakápolói feladatokra irányulhat.

A gyakorlat ezt a kemény normát feloldotta. Az ápolók ugyanis gyakran szociális segítségnyújtást is végeztek, noha egyértelmű volt, hogy semmilyen szociális szolgáltatásért nem kapnak visszatérítést. Az időssel kapcsolatban álló ápolónő ezt az írásos szabályt mégsem tartotta be. Ha ugyanis az ápolónő régóta ismerte az időst, vagy „csak” szociálisan volt érzékeny, megtette, hogy kitergetett, kivette a ruhát a mosógépből, elhozta a kliens ebédjét, vagyis „tiltott”, nem finanszírozható szociális feladatokat végzett el, önkéntesen. De ezeket a tevékenységeket – csak úgy, mint a szociális gondozóké, amikor egészségügyi feladatokat láttak el – titkolni kellett, nem lehetett a társadalombiztosítás felé kötelező havi jelentésbe beírni.

A gondozottak közül sokan a családsegítő központtól kerültek át az alapítványi gondozásába. A náluk jelentkezők egy részét pedig a családsegítőhöz utalták. Az alapítvány véleménye szerint ugyanis nekik inkább szociális segítségre volt szükségük, mint ápolásra. A családsegítővel való kapcsolat mégis esetleges volt. Az alapítvány és az állami szféra közötti átjárhatóság így időnként problémát jelentett.

A legnagyobb gondot mégis az okozta, hogy az alapítványon belüli – a központ és az alközpontok közti – és a más rendszerekhez kötődő (társadalombiztosítás, állami idősellátás) kapcsolatok igen tisztázatlanok voltak, ami nagyban nehezítette a működést és a mindennapi munkában számos anomáliát idézett elő.

A piaci vállalkozásoknál is jelentkezett – burkoltan vagy nyíltan – az egészségügyi és a szociális rendszerek összekapcsolásának igénye. Még ott

is, ahol ezt egy kemény norma kifejezetten tiltotta, az időssel kapcsolatban lévő kialakították a saját gyakorlatukat, amely titokban kapcsolta össze az egészségügyi-ápolói és szociális gondozói tevékenységeket.

Karitatív szervezetek

A városban működő Karitasz Központ eddig a következő tevékenységeket végezte:

- lelki gondozás,
- házi betegápolás Karitasz-tagok segítségével, akik ilyen jellegű tanfolyamokon vettek részt,
- az idősek anyagi segítése a szociális boltból befolyt jövedelem révén.

A Karitasz egyik alközpontjának tevékenysége ezenkívül kiterjedt a to-lókocsik beszerzésére, kölcsönzésére is. A körzetben hatvannyolc időssel álltak kapcsolatban, akiket harminc Karitasz-tag lát el. A körzetben élő minden rászoruló idősről nyilvántartást vezetnek személyi lap segítségével. A neveket a körzeti orvostól kapták.

Normájuk, hogy a) minden munkatársukról legyen személyi lapjuk, b) minden gondozott idős embert nyomon követhessenek a személyi lap segítségével. A gondozó lapján szerepel a látogatások ideje, a gondozotti lapon a kapott szolgáltatások. Az idősek fele kap lelki segítséget, fele anyagi segítséget. A természetbeni segítség vegyesen oszlik meg.

További normájuk a folyamatos beszámolás, kontroll és az egy hónapra előre tervezés, valamint sürgős esetekben az önkormányzati intézményekkel való együttműködés.

Nagyon fontosnak tartják, hogy kapcsolatban legyenek más, nem állami, piaci intézményekkel is. Az ilyen kapcsolatok teszik lehetővé, hogy a szervezet az időseket természetben is segítse, illetve hogy a természetben kapott adományokat pénzzé tegye, és azt adja az idősnek.

Igyekeznek mozgósítani magukat az időseket is, s a tevékenységek egy részébe bevonni őket.

Fontosnak tartják, hogy az egyes jeles napokon (karácsony, húsvét, Szent Erzsébet = a szegények napja, Szent Anna stb.) külön is odafigyeljenek az idősekre. Külön gondolnak a legidősebbekre, s minden 74 évesnél idősebb embernek ajándékot készítenek az idősek napján.

A Karitasz-tagoknak fényképes igazolványuk van, amelyet mindig felmutatnak, ha az idősekhez mennek.

Informális módon tudnak arról, hogy az idősek közül ki és milyen egészségügyi, szociális segítséget kap, de ismereteiket pontosítani akarják. Ezért következő megoldandó feladataik között szerepel, hogy a városrészi szociális térképet készítsenek, amelyen nemcsak a rászoruló, hanem minden, a városrészben élő időst bejelölnek.

Az Egri Karitasz alapvetőnek tartja, hogy többféle tevékenységet hangoljon össze. Így a lelki gondozás mellett egyre inkább elengedhetetlennek érzi a komplex (egészségügyi és szociális) ellátás biztosítását.

E koncepció megvalósítása érdekében létre kívának hozni egy Karitasz

Központot, amelynek már megvolt az alapkövetétele. E központban működne majd egy szociális iroda, egy diszkontáruhá, klubhelyiségek, idősek otthona, egy drogambulancia. Kapcsolódna hozzá egy templom és egy urnatemető is. Jövőbeni szerveződésüket tekintve a német *Caritas* tevékenységét veszik mintának, ahol a karitatív szervezet sokkal hatékonyabban tud különféle szolgáltatásokat nyújtani és szervezni, koordinálni, mivel szakképzett, fizetett, főállású szakembergárdával működik.

Szükségesnek tartják az állami és a magánszférával való minél jobb együttműködés kialakítását. Véleményük szerint mindegyik fél munkája fontos a nagymértékű szociális feszültség és az idősek megnőtt szükségletei miatt. El kell simítani a múltban tapasztalt, a városban is érzett egymás iránti bizalmatlanságot, s együttes erővel kell a problémákat megoldani.

Összegzés

Az eddigiekből egyértelműen kiderült, hogy az idősellátás területén mind az állami, mind a magánszektorban direkt vagy indirekt módon kifejezve a következő normák fogadhatók el egyöntetűen:

- Az egészségügyi és szociális ellátás párhuzamos, összehangolt működése.
- Az idősek emberek egészségügyi, szociális és szolgáltatásokkal történő komplex ellátása.
- A mentális gondozás hangsúlyozása.
- Az állami és a magánszervezetek közötti kapcsolatok erősítése.

Bármilyen ellátóegységet vizsgáltunk is, mindegyik esetben problémát jelentett a gondozókra nehezedő óriási lelki teher, amely miatt szupervíziót, esetmegbeszéléseket, tréninget igényelnek.

Az egri vizsgálat is kiderítette, hogy az *egyszektorú modell* nem oldja meg az idősgondozás feladatait. Teljesen nyilvánvalóan itt is egy *háromszektorú modell* körvonalazódik.

A mentális gondozásban leginkább a karitatív szervezetek segítenek, de még nincs igazi összhang köztük és az önkormányzati fenntartású egységek közt. Nagyon vigyázni kell, hogy a most kialakulóban lévő, új típusú rendszer megfelelő normákkal és jól körülhatárolt keretek között működjék, és hogy az ellenőrzés állami keretek közt történjék. Nagy a veszélye annak, hogy két, egymástól függetlenül létező nagy rendszer, az egészségügyi és a szociális, összességében nagyobb nemzeti kiadással fog működni, de ez az egyes rendszereket nem érdekli majd, mivel saját pénzügyi keretükkel, sokszor átláthatatlan csatornákon befolyt pénzekkel kell gazdálkodniuk.

A rendszerek közötti összhang kialakítása alapvető feladat. Ennek egyik sarokköve a megfelelő képzés, amely az egészségügyi, szociális és mentális gondozás hangsúlyozása mellett a terepen lévőknek rendszeres szupervíziót ad, és egyfajta katalizatori szerepet tölt be.

De ezzel az idősek emberek szemszögéből nézve csak részben oldódnak meg a problémák. Az igazi gond az, hogy egység híján a gyakorlatban a gondozók a két rendszer mindegyikében folyamatosan plusz feladatok elvég-

zésére kényszerülnek. Olyan újfajta megoldást kell tehát itt is kialakítani, amely a helyi közösségen belül egységesen kezeli a két rendszert.

Az állami és a nem állami rendszerek közti összhang, átjárhatóság megteremtése annál inkább is fontos, mert egyben megoldaná az állami gondozóhálózatban dolgozók attól való félelmét is, hogy az idősek egy része nem veszi majd igénybe szolgáltatásaikat, mert azokért térítést kell fizetni, és kevés a nyugdíjuk. Ha a karitatív szervezetekkel közösen alakítják ki a lelki-mentális gondozást, sokkal inkább elképzelhető, hogy a feladatokat újból ingyenessé teszik, s nem áll elő az a helyzet, hogy az idősek inkább elküldi a vele beszélgetni akaró gondozót, mert a mentális szolgáltatásért fizetnie kell.

A helyi szinttől eltekintve makro szinten is át kell gondolni, hogy nem ésszerűbb-e a már meglévő állami/önkormányzati szociális ellátóhálózatot úgy felfejleszteni, hogy *az részben, külön kasszán működve (ezzel megoldódna a társadalombiztosítás felé való elszámolás)* az egészségügyi tevékenységeket is integrálja. Ez azért lenne ésszerű, mert igen sok esetben ennek megvan a feltétele – a gondozók egészségügyileg is képzettek, ám nincs jogosítványuk ahhoz, hogy ellássák a felmerülő egészségügyi problémákat. Ez természetesen nem zárja ki, hogy ezzel párhuzamosan létrejöhessenek otthonápolást végző alapítványok, piaci aktorok is.

Irodalom

- Jenei Gy. és Palotai Zs. (1996): Szociális problémák és szociális irányítás Egerben. In: *Innovatív Önkormányzatok*. Lévai és Straussman szerk., 48–87. Budapest: Helyi Társadalom Kutató Csoport.
- Széman Zs. (1988): Az időseket ellátó intézményrendszer. In: *Nyugdíjkorhatár?* Széman Zs. szerk., 121–157. Budapest: Kossuth Könyvkiadó.
- Vukovics Gy. (1988): A demográfiai öregedésről. In: *Nyugdíjkorhatár?* Széman Zs. szerk., 29–44. Budapest: Kossuth Könyvkiadó.